



# Bacheloroppgave

**VPL05 Vernepleie**

**Selvbestemmelse - en utfordring for tjenesteyterne?**

**Self- determination - a challenge for service providers?**

**Sindre Hustad Moen**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 41**

**Molde, 24.05.2017**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Magne Jakob Holvik

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ ja ☐ nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ ja ☒ nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ ja ☒ nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ ja ☒ nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 24.05.2017

# Innhold

<b>1.0 Innledning.....</b>	<b>1</b>
1.1 Tema og bakgrunn.....	1
1.2 Vernepleierens relevans.....	1
<b>2.0 Problemstilling.....</b>	<b>3</b>
2.1 Begrepsavklaring.....	3
2.1.1 Selvbestemmelse.....	3
2.1.2 Utviklingshemming.....	3
2.2 Oppgavens disposisjon.....	3
<b>3.0 Metode.....</b>	<b>4</b>
3.1 Begrunnelse for valg av metode.....	4
3.2 Litteratursøk.....	4
3.3 Validitet og reliabilitet.....	5
3.4 Forforståelse.....	5
<b>4.0 Teori.....</b>	<b>8</b>
4.1 Psykisk utviklingshemming.....	8
4.1.1 Lett psykisk utviklingshemming.....	8
4.1.2 Moderat psykisk utviklingshemming.....	9
4.1.3 Alvorlig psykisk utviklingshemming.....	9
4.1.4 Dyp psykisk utviklingshemming.....	9
4.2 Historien bak selvbestemmelse.....	9
4.3 Selvbestemmelse.....	10
4.4 Forskning.....	11
4.5 Menneskerettigheter.....	12
4.6 Menneskesyn og etikk.....	12
4.7 Lovverk.....	13
4.8 Makt.....	14
4.8.1 Avmakt.....	14
4.8.2 Makt og relasjon.....	15
4.9 Paternalisme og unnfallenhet.....	16
4.10 Hvem skal bestemme?.....	18
4.11 Generelle utfordringer i forhold til selvbestemmelse.....	19

<b>5.0 Drøfting og funn.....</b>	<b>21</b>
5.1 Kan alle mennesker med utviklingshemming bestemme alt selv? .....	21
5.2 Maktposisjon – en utfordring for å ivareta selvbestemmelsen? .....	23
5.3 Tillit og omsorg eller likegyldighet? .....	27
5.4 Kommunens ressurser i tjenesteytingen – en utfordring? .....	28
<b>6.0 Avslutning.....</b>	<b>30</b>
6.1 Konklusjon .....	30
6.2 Refleksjon.....	30
<b>7.0 Litteraturliste .....</b>	<b>32</b>

**Antall ord:** 10472

## **Forord**

*«Selvbestemmelse for utviklingshemmede er ofte komplisert, og skaper gjerne praktiske dilemmaer. Det kan være avgjørende å ta i betraktning at selvbestemmelse ikke innebærer fullstendig mangel på innflytelse eller innblanding fra andre, men det kan dreie seg om å gi støtte til brukerens egne valg og ønsker, eller at brukerne gir samtykke og aksept til tjenesteyternes valg eller forslag» (Høium 2008:28).*

## 1.0 Innledning

### 1.1 Tema og bakgrunn

Temaet i denne studien er å undersøke hvilke utfordringer tjenesteyterne kan stå ovenfor i forbindelse med selvbestemmelse for mennesker med utviklingshemming. Bakgrunnen for denne studien om selvbestemmelse, er at det har kommet klare tilbakemeldinger fra en del tjenestemottakere at de har opplevd å bli krenket og umyndiggjort av tjenesteyterne som jobber i helse- og sosialsektoren (Brodtkorb et al. 2001). Ifølge Midstundstad (2016) er det å bestemme over sitt eget liv et grunnleggende menneskelig prinsipp (Midstundstad 2016). Imidlertid vil dagens tjenesteytere stå ovenfor store utfordringer knyttet til grensen mellom selvbestemmelse og ivaretagelse (Barne-, - likestillings- og inkluderingsdepartementet 2013).

Min inspirasjon for valg av tema kom i hovedsak av min interesse for selvbestemmelse. Selve begrepet selvbestemmelse har også vært sentralt gjennom vernepleierutdanningen, og derfor ser jeg på det som relevant å undersøke dette temaet nærmere. *Gjennom studiet skal studentene utvikle et helhetlig syn på mennesket, vise respekt for menneskets integritet og rettigheter og ivareta brukernes autonomi og rett til medbestemmelse* (Rammeplan for vernepleierutdanningen 2005:3). Jeg har selv flere års erfaring fra å jobbe i et bofellesskap for mennesker med utviklingshemming, og har opplevd og erfart ulike praksis vedrørende selvbestemmelse. På bakgrunn av dette har jeg sett hvor viktig det er at tjenesteyterne er bevisst på tjenestemottakerens rett til selvbestemmelse. Ifølge Christiansen og Nilssen (2006) er selvbestemmelse imidlertid ikke bare et spørsmål om den enkeltes kognitive eller kommunikative kompetanse, men også hvordan tjenesteyterens fortolkningsevne og kompetanse er (Christiansen og Nilssen 2006). Selv om tjenesteyterne har en plikt til å ivareta tjenestemottakernes selvbestemmelse, har jeg selv erfart at det kan oppstå mange ulike dilemmaer og utfordringer innenfor dette temaet.

### 1.2 Vernepleierens relevans

Nordlund et al. (2015) skriver at selvbestemmelse er et relevant tema i vernepleierfaglig arbeid. Bakgrunnen er at vernepleierne har en plikt til å ivareta tjenestemottakernes selvbestemmelsesrett. Likevel må dagens vernepleiere regne med å stå i en rekke av

utfordrende situasjoner knyttet i det å ivareta tjenestemottakernes selvbestemmelse (Nordlund et al. 2015). Årsaken er at det ikke finnes noen lette eller entydige svar på hvordan vernepleierne kan bidra for å ivareta tjenestemottakernes rett til selvbestemmelse. Vernepleierne gir tross alt stadig tjenester til tjenestemottakere som i mindre grad hevder sine rettigheter, som for eksempel mennesker med alvorlig grad av utviklingshemming. Dette kan være mennesker som i liten grad verken direkte utfordrer eller personlig korrigerer tjenesteyteren eller det systemet de representer. Det betyr at vernepleierne særlig vil bli utfordret når forståelsen av den enkeltes ønsker og behov må baseres på sansing og tolkning av kroppsspråk (Luteberget 2010).

Skulle en tjenestemottaker mangle samtykkekompetanse, vil det ofte være en utfordring for vernepleierne å opprettholde den enkeltes selvbestemmelse (Nordlund et al. 2015). Det betyr at vernepleierne må ta hensyn til tjenestemottakere som har utfordringer med å uttrykke og formidle sine ønsker og behov. Et annet moment er at ikke alle tjenestemottakere har ferdigheter og kunnskap om selvbestemmelse. Dette kan skape utfordringer for de som skal gi profesjonell tjenesteyting. Vernepleierne kan derfor gjennom målrettet miljøarbeid og gode relasjonelle ferdigheter gi sosial støtte, veiledning og opplæring til økt selvbestemmelse for tjenestemottakere som måtte ha behov for det (FO 2008). Tidligere var hovedfokuset at vernepleierne skulle gi nødvendig pleie og omsorg. I dag er utgangspunktet at de skal tilrettelegge for at tjenestemottakerne har mulighet til å utøve selvbestemmelse, og at de skal ha en aktiv deltagelse i hverdagslivet (Nordlund et al. 2015).



## **2.0 Problemstilling**

*«Hvilke utfordringer står tjenesteyterne ovenfor i forbindelse med selvbestemmelse for mennesker med utviklingshemming?»*

### **2.1 Begrepsavklaring**

Nedenfor kommer det to korte og sentrale begrepsavklaringer på selvbestemmelse og utviklingshemming, men de vil bli nærmere utdypet i teorikapittelet.

#### **2.1.1 Selvbestemmelse**

Eknes og Løkke (2009) viser til Wehmeyer (1996) som skriver at selvbestemmelse vil si å være den som handler på vegne av seg selv og sitt liv. Den enkelte foretar valg som har med ens livskvalitet å gjøre, og har fri ytre påvirkning eller innblanding av andre.

#### **2.1.2 Utviklingshemming**

Utviklingshemming er en samlebetegnelse for en rekke forskjellige diagnoser og tilstander. Det kan være knyttet til kognitive, språklige og sosiale vansker. For å ha diagnosen utviklingshemming må den enkelte ha en signifikant begrensning i intellektuell fungering. Det betyr at personen må ha en IQ på et nivå under 70 (BUFDIR 2015). Gjennom individrettede tiltak eller ved nedbygging av samfunnsskapte barrierer kan graden av utviklingshemming økes eller minskes (Barne- og likestillingsdepartementet 2016).

## **2.2 Oppgavens disposisjon**

I oppgaven vil jeg først ta for meg hva en metode er, hvilken metode jeg har valgt og bakgrunnen for valg av metode. Deretter skal jeg trekke frem hvilke litteratursøk jeg har benyttet meg av, samt validiteten og relabiliteten. Jeg skal også vise hvilken for forståelse jeg har innenfor temaet. Selve kjernepunktet for oppgaven vil være teori- og drøftingskapitlene. Drøftingen vil ta utgangspunkt i problemstillingen, og kastes lys over ved støtte av relevant litteratur, eksempler og refleksjoner. I avslutningen vil jeg ta for meg hovedpunktene i drøftingen og komme med en konklusjon. Til slutt vil egne refleksjoner rundt egen læreprosess og mine tanker rundt oppgaven komme frem.

### 3.0 Metode

Dalland (2007) viser til Aubert (1985) og Tranøy (1986) for å belyse sine definisjoner av begrepet metode. Aubert (1985) har valgt definere metode slik: «*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme til ny kunnskap. En hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder*» (Dalland 2007:83). Tranøy (1986) skriver at en metode er en måte å frembringe kunnskap på, eller en måte for å etterprøve momenter som fremsettes med krav om å være sanne, gjeldende eller holdbare (Dalland 2007).

#### 3.1 Begrunnelse for valg av metode

Jeg har valgt å benytte meg av litteraturstudie med tanke på oppgavens omfang og den tiden jeg har til rådighet. Metoden jeg har valgt tror jeg også kan hjelpe meg å gi gode data, og belyse problemstillingen fra flere ulike fagområder. Dalland (2007) skriver at en litteraturstudie er en kvalitativ metode som kan anvendes for å systematisere og vurdere teoretisk kunnskap ut ifra skriftlige kilder. En litteraturstudie baserer seg på sikre kilder, som betyr at en skal benytte seg av tidligere utgitte kilder (Dalland 2007).

I forhold til problemstillingen til studien, vil ulike dilemma og refleksjoner bli basert på teori og litteratur fra ulike forfattere og vil dermed være grunnleggende i drøftingen. Resultatet jeg får vil derfor ikke måles eller tallfestes, men må sette sammen for å danne en forståelse for å finne svar på problemstillingen.

#### 3.2 Litteratursøk

For å innhente relevant teori til oppgaven har jeg gjennomført litteratursøk. Gjennom litteratursøkene har jeg i hovedsak benyttet meg av bibliotekets søkemotor ORIA og BRAGE, og gjort søk på Google. ORIA har gitt meg tilgang til bøker, artikler og studentoppgaver som finnes ved Høgskolen i Molde, andre høyskoler og universiteter. Ved litteratursøkene benyttet jeg søkeord som \*selvbestemmelse, \*utviklingshemming, \*autonomi, \*tjenesteytere + selvbestemmelse, \*makt + tjenesteytere, \*selvbestemmelse + utfordringer. Når jeg søkte på disse stikkordene på ORIA, fikk jeg opp litteratur som er på

pensum, relevant faglitteratur og ulike artikler. For å få et helhetlig bilde av hvilken litteratur jeg har benyttet meg av i oppgaven, er dette spesifikt henvist i litteraturlisten.

### **3.3 Validitet og reliabilitet**

Dalland (2007) beskriver validitet som relevans og gyldighet, og at det som skal måles må være i nær sammenheng med det som undersøkes. Reliabilitet har blitt oversatt til pålitelighet. Det handler om at målinger av ulike problemstillinger blir gjennomført på en korrekt måte, og at eventuelle feilkilder oppgis (Dalland 2007).

Jeg har i denne oppgaven vært kildekritisk, dette for å sikre at studien opprettholder en faglig høy standard. Dalland (2007) skriver at kildekritikk kan anvendes for å bekrefte validiteten og reliabiliteten til de kildene som blir benyttet i en oppgave. Kildekritikken skal også vise at personen er i stand til å forholde seg kritisk til det kildematerialet som blir benyttet i en oppgave (Dalland 2007). For å forsvare validiteten og reliabiliteten i denne studien, har jeg valgt å benytte meg av ulike teorier som kan være med på å understøtte problemstillingen. I løpet av studien har jeg i hovedsak benyttet meg av relativt fersk litteratur, som jeg betrakter som korrekte og valide. Jeg har også valgt å benytte meg av noe eldre litteratur, men som jeg anser som like relevant den dag i dag.

### **3.4 Forforståelse**

Dalland (2007) viser til Tranøy (1986) sin definisjon om forforståelse, mens Linde og Nordlund (2006) har valgt å referere til Malterud (1996).

Tranøy (1986) definerer forforståelse slik:

*«Vi har alltid våre fordommer eller vår førforståelse med oss inn i en undersøkelse. En fordom er en dom på forhånd, det betyr at vi allerede har en mening om et fenomen før vi undersøker det. Vi kan prøve å møte et fenomen så forutsetningsløst som mulig, men vi kan ikke unngå at vi har tanker om det» (Dalland 2007:92).*

Malterud (1996) beskriver forforståelse på denne måten:

*«Forforståelsen er den ryggsekk vi bringer med oss...Innholdet i denne ryggsekken påvirker hele veien vi samler og leser vår data...Denne bagasjen består av egne erfaringer, hypoteser, faglige perspektiv og av teoretiske referanseramme som vi har...»* (Linde og Nordlund 2006:109).

Gjennom litteraturstudiet valgte jeg litteratur som jeg mente ville hjelpe meg i å forstå helheten ut ifra min problemstilling. Likevel har jeg reflektert at mitt valg av litteratur kan bli preget av mine tidligere erfaringer jeg har om temaet. Ifølge Dalland (2007) må en være bevisst på sin egen forforståelse, slik at en kan forhindre at man forblir følelsesmessig overrumplet i møte med det en skal undersøke.

De erfaringene jeg har opparbeidet meg om utviklingshemming og selvbestemmelse, har jeg i hovedsak fått gjennom undervisning, praksisperiodene og fra yrkeserfaring innen hjemmebaserte tjenester. Aadland (2011) skriver at dersom en ikke har noen forutgående forestillinger å tolke de ulike inntrykkene fra, vil inntrykkene være kaotiske og usammenhengende. Gjennom disse erfaringene har jeg fått en forforståelse at det kan være utfordrende for tjenesteyterne å opprettholde selvbestemmelsen til tjenestemottakerne i enkelte sammenhenger, siden noen tjenestemottakere kan ha utfordringer i å tale sin egen sak. Likevel tenker jeg at det ikke finnes begrensinger, men at det alltid finnes muligheter for å ivareta selvbestemmelsen til den enkelte tjenestemottaker. Røkenes og Hanssen (2006) skriver at alle mennesker har sitt ståsted og sin horisont som kan være dannet av våre opplevelser, følelser, erfaringer og ideer. Disse elementene kan utgjøre den enkeltes forforståelse (Røkenes og Hanssen 2006). Selv om jeg har forforståelse at alle skal få muligheten til å bestemme selv, tror jeg at noen ganger bør tjenesteyterne være med på å støtte den enkelte til å ta egne valg. *«Ingen av oss finner glede i livet dersom vi opplever å bli styrt av andre, eller dersom vi opplever at andre har trukket opp rammene for handlingsvalgene og mulighetene våre, uten at vi selv har vært med på å trekke opp og si oss enige i disse rammene og forstår behovet for dem* (Ellingsen 2007:95).

Jeg har også en forforståelse om tjenestemottakerne får være med å ta sine egne valg, kan det være med på å fremme den enkeltes livskvalitet. Derfor tror jeg det er svært betydningsfullt at tjenesteyterne lytter og er en aktiv støttespiller for å ivareta deres

selvbestemmelse. Ifølge FO (2008) er det overordnede målet for tjenesteyterne å bidra at de som mottar bistand fra velferdsstaten oppnår god livskvalitet. For å oppnå god livskvalitet kan viktige faktorer være at tjenestemottakerne har styring over egen hverdag, og at de har mulighet til å bestemme over viktige valg i livet.

## **4.0 Teori**

### **4.1 Psykisk utviklingshemming**

Ifølge kodeverket ICD-10 er utviklingshemming en medisinsk diagnose. ICD-10 blir benyttet som den internasjonale statistiske klassifikasjonen av ulike sykdommer og beslektede helseproblemer, og er utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (NAKU 2016). Helsedirektoratet (2015) beskriver i ICD-10 at utviklingshemming defineres som en forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå. Det kan ha sin årsak at det kognitive, språklige, motoriske eller at de sosiale ferdighetene er svekket (Helsedirektoratet (2015)). Selv om mange mennesker med utviklingshemming mangler språk, kan verbal kommunikasjon være et av flere kommunikasjonsformer en kan ta i bruk for at de skal uttrykke sine meninger. Alternative kommunikasjonsformer kan eksempelvis være tegnspråk, bruk av bilder, piktogrammer og forskjellige IKT-løsninger (Barne- og likestillingsdepartementet 2016).

Helsedirektoratet viser til ICD-10 at ved utviklingshemming kan det i tillegg forekomme tillegglidelser av psykisk og somatisk natur. Graden av utviklingshemming blir som oftest vurdert gjennom standardiserte intelligensprøver, og gjerne målinger av sosial tilpasning i et miljø. Intellektuelle ferdigheter og sosial tilpasning kan samtidig endres over tid. Skulle de være dårlige, kan de bedres ved trening og rehabilitering. Diagnosen utviklingshemming kan deles inn i fire forskjellige grader. Disse er lett, moderat, alvorlig og dyp grad av utviklingshemming (Helsedirektoratet 2015).

#### **4.1.1 Lett psykisk utviklingshemming**

Helsedirektoratet (2015) beskriver i ICD-10 at mennesker med lett psykisk utviklingshemming (F70) vil anslagsvis ha en IQ fra 50 til 69, noe som tilsvarer en mental alder mellom 9 og 12 år som voksen. Personer med denne diagnosen har vanligvis lærevansker i skolen. Mange vil være i stand både til å arbeide, fungere godt i sosiale forhold og gjøre en samfunnsnyttig innsats (Helsedirektoratet 2015).

#### **4.1.2 Moderat psykisk utviklingshemming**

Helsedirektoratet (2015) beskriver i ICD-10 at mennesker med moderat psykisk utviklingshemming (F71) vil anslagsvis ha en IQ fra 35 til 39, noe som tilsvarer en mental alder mellom 6 og 9 år som voksen. Personene har relativt begrenset språk, men de fleste vil være i stand til å læres opp og utvikle en grad av uavhengig i det å sørge for selv. Vanligvis vil personene kunne utføre noen praktiske oppgaver i hjemmet og på jobb. God tilrettelegging og tilpasning vil da ofte være en betydningsfull faktor (Helsedirektoratet 2015).

#### **4.1.3 Alvorlig psykisk utviklingshemming**

Helsedirektoratet (2015) beskriver i ICD-10 at mennesker med alvorlig psykisk utviklingshemming (F72) vil anslagsvis ha en IQ fra 20 til 34, noe som tilsvarer en mental mellom 3 og 6 år som voksen. Vanligvis vil personene være kontinuerlig avhengig av bistand fra andre (Helsedirektoratet 2015). De fleste med denne diagnosen vil ha utfordringer i forhold til det motoriske, som har en naturlig forklaring på at de har mangelfull utvikling eller skade av sentralsystemet (NAKU 2016).

#### **4.1.4 Dyp psykisk utviklingshemming**

Helsedirektoratet (2015) viser til ICD-10 at mennesker med dyp psykisk utviklingshemming (F73) vil anslagsvis ha en IQ under 20, noe som tilsvarer en mental alder under 3 år som voksen. De som har denne graden av utviklingshemming har vanligvis alvorlige begrensninger i forhold til bevegelse, kontinens, kommunikasjon og bevegelse (Helsedirektoratet 2015). Enkelte mennesker med dyp psykisk utviklingshemming kan mestre enkle former for ikke-verbal kommunikasjon, men har som oftest lite eller ingen evne til å ivareta egne behov. Det betyr at de i stor grad er avhengig av konstant bistand og støtte fra andre (NAKU 2016).

### **4.2 Historien bak selvbestemmelse**

Selvbestemmelse har sin historie fra normaliserings- og integreringsideologien fra siste halvdel av 1960 tallet. Normaliseringsideologien kom særlig tydelig frem i forbindelse med HVPU-reformen, men ble senere utfordret i forhold til politiske strømninger med fokus på brukerrettigheter og innflytelse. Dette gikk ut på at tjenestemottakerne skulle ha

innflytelse på eget liv og tjenestetilbud, og i dagens tjenesteyting står fortsatt disse prinsippene svært sentralt. Strømningene ble betegnet som empowerment på internasjonalt nivå. Denne måten å tenke på ledet til en omstilling for tjenesteyterne fra den tradisjonelle autoritets- og maktposisjonen, til å være en ressurs for tjenestemottakerne på deres premisser (Askheim 2003). Empowerment har ofte blitt oversatt til myndiggjøring i norsk sammenheng, som Nordlund et al. (2015) beskriver slik: *«Begrepet myndiggjøring betyr å sette noen i stand til å ivareta sin myndighet, selvbestemmelse og rettigheter, og gjøre myndig»* (Nordlund et al. 2015:99).

Hovedgrunnen for empowerment-tekningenes fremvekst var at tjenesteapparatet ble sett på som lite brukervennlig, og at det kom kritikk av den paternalistiske velferdsstaten og de standardiserte velferdstiltakene. Som en følge av kritikken, ledet dette til at det ble lagt til rette for alle mennesker skulle få større frihet til å ta sine egne beslutninger og skape sin egen identitet. En kan derfor si at det var demokratiseringsbegrunnelser som lå til grunn for vektleggingen av empowerment (Askheim 2003).

### **4.3 Selvbestemmelse**

Ifølge Selboe et al. (2005) er selvbestemmelse et vanskelig begrep å definere. Årsaken er at det er komplekst, kontekstavhengig og at det kan være utfordrende å konkretisere. Bjørnrå et al. (2008) har valgt å definere selvbestemmelse ved at den enkelte får bestemme på egen hånd, uten innblanding eller påvirkning fra andre (Bjørnrå et al. 2008). Det kan for eksempel være å bestemme når en vil stå opp om morgenen, hvilke klær en vil ha på seg, eller om en vil spise frokost eller ikke. Selvbestemmelse må nødvendigvis ikke bare ses på som en absolutt kontroll, men heller muligheten til å være den som tar avgjørelsene (Ellingsen 2007). Tjenestemottakerens mulighet for å oppnå selvbestemmelse vil ofte bli vurdert i forhold til tjenesteyterens forståelse av selvbestemmelse, men også om tjenestemottakeren interesser, valgmuligheter, kompetanse og mål. Relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker kan også ha stor betydning for tjenestemottakerens mulighet for å oppnå selvbestemmelse. Selve begrepet selvbestemmelse gir likevel liten konkret retning og veiledning for hvordan tjenesteyterne kan oppfatte tjenestemottakerens selvbestemmelse. Dette gjelder kanskje spesielt dersom tjenesteyterne legger egne muligheter og praksis til grunn (Bjørnrå et al. 2008).



Røkenes og Hanssen (2006) skriver at tjenestemottakerens rett til selvbestemmelse er en selvfølge i samhandling i hjelperelasjoner. Skulle tjenesteytere begrense denne muligheten, skal en kunne begrunne og gyldiggjøre dette både etisk, faglig og juridisk. En må også understøtte selvbestemmelse hos tjenestemottakerne, og forholde seg til etiske og faglige utfordringene som tjenesteyterne kan møte i dette arbeidet. Tjenesteyterne bør også klare å forholde seg til de ulike situasjonene der tjenestemottakeren ikke er i stand til å ivareta sine interesser og beslutninger (Røkenes og Hanssen 2006).

Bjørnå et al. (2008) viser til Abery & Stancliffe (1996) at sett fra et økologisk perspektiv, vil selvbestemmelse bli et resultat av et dynamisk samspill mellom individet og omgivelsene. Selvbestemmelse står i motsetning til tvang, og i motsetning til passiv tilpasning. Det betyr når tjenestemottakerne får være med på å ta egne valg, vil det si at rammene sprenses for både tvang og en ren tilpasning. Selboe et al. (2005) skriver at selvbestemmelse kan læres, og at det er viktig at tjenesteyterne støtter tjenestemottakerne når de forsøker seg på å utøve selvbestemmelse. Selvbestemmelse må nødvendigvis ikke læres av andre, men gjennom det å praktisere det i hverdagen (Selboe et al. 2005).

## **4.4 Forskning**

Selvbestemmelse for mennesker med utviklingshemming er et tema som har blitt mye fokusert på gjennom de siste to tiårene. Ut ifra forskning viser det seg at økt grad av selvbestemmelse kan føre til flere fordeler. Eksempelvis kan økt selvbestemmelse føre til økt livskvalitet, arbeidsmuligheter og selvstendighet. Forskning viser derimot at lav selvbestemmelse kan føre til psykiske vansker, lært hjelpeløshet og atferdsvansker. Målet er derfor at alle mennesker med utviklingshemming skal utvikle og styrke sin evne til å oppnå selvbestemmelse (Barne- og likestillingsdepartementet 2016). Eknes og Løkke (2009) viser til Lunde (2002) om en forskning om selvbestemmelse i Hordaland. De 239 som var med i forskningen bodde alle i bofellesskap, og av studien kom det frem at selvbestemmelsen var høyere blant de mennesker med lett grad av utviklingshemming, mens de med moderat grad av utviklingshemming hadde vesentlig mindre selvbestemmelse. I forskningen ble det også påvist at tjenesteyterens kunnskap om tjenestemottakerens rettigheter var en av flere viktige faktorer som påvirket deres selvbestemmelsesrett (Eknes og Løkke 2009). Garrels (2013) viser til Wehmeyer et al.

(2011) at det også ligger forskningsresultater at opplæring i selvbestemmelsesferdigheter kan føre til økt grad av selvbestemmelse (Garrels (2013)).

#### **4.5 Menneskerettigheter**

Det å bestemme selv er en grunnleggende menneskerettighet. Årsaken er at selvbestemmelse er et viktig grunnlag for personlig utvikling, og en forutsetning for at den enkelte skal mestre å etablere sin egen identitet (Selboe et al. 2005). FN-sambandet (2017) skriver: *«Alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter. De er utstyrt med fornuft og samvittighet og bør handle mot hverandre i brorskapets ånd»* (FN-sambandet 2017). Ellingsen (2007) viser til Frost (2007) som skriver at alle har rett til et helhetlig, likeverdig liv, uansett funksjonsevne og sykdomsforhold den enkelte har (Ellingsen 2007).

Barne- og likestillingsdepartementet (2008) har oversatt FNS konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. De har som formål å synliggjøre, verne om og oppfylle at alle mennesker med nedsatt funksjonsevne får full og likeverdig rett til å ta del i menneskerettigheter og grunnleggende friheter. Konvensjon har også et formål å fremme, verne om og sikre at mennesker med nedsatt funksjonsevne får full og likeverdig rett til å nyte alle menneskerettigheter og grunnleggende friheter, samt fremme respekten for deres iboende verdighet (Barne- og likestillingsdepartementet 2008). Helsekompetanse (2017) skriver at selvbestemmelsesprinsippet er en menneskerettighet av informert samtykke. Det betyr at tjenesteyterne som gir profesjonelle tjenester til det offentlige er forpliktet på dette prinsippet. Selvbestemmelse i form av samtykke skal derfor finne sted på grunnlag av informasjon. Blir det gitt god informasjon, kan bli det lettere for tjenestemottakeren å ta egne valg. Eknes (2016) skriver også at begrepet selvbestemmelse er tett knyttet opp mot ikke-diskriminering, og er en avgjørende del for å oppfyllelsen av alle menneskerettigheter.

#### **4.6 Menneskesyn og etikk**

Hvilket menneskesyn den enkelte har er en avgjørende rolle for hvilken yrkesutøvelse en praktiserer som helse- og sosialarbeider. Dette kan virke inn på hvordan den enkelte ser på andre mennesker, og vil dermed ha stor betydning for hvordan tjenesteyterne ser på

tjenestemottakernes evne til selvbestemmelse (Linde og Nordlund 2006). De aller fleste som jobber i helse- og sosialsektoren kommer til å stå i utfordrende situasjoner der de griper inn i andres menneskers liv. Dette skjer spesielt når offentlige tjenester skal utføres av profesjonelle tjenesteytere i tjenestemottakernes private hjem. Valgene tjenesteyterne tar kan derfor få store følger for tjenestemottakerens livssituasjon. Tjenesteyterne har derfor en yrkesmessig forpliktelse å sette seg godt inn i etisk arbeid, og trene seg opp i å forholde seg til etiske utfordringer (Lingås 2005).

Evnen til etisk refleksjon er en grunnleggende del av faglig forsvarlig praksis (Røkenes og Hanssen 2006). Med etisk refleksjon skal en prøve å finne de best mulige handlingsalternativene. Det gjelder de store og viktige temaene i livet, men også i små hverdagssituasjoner hvor det er svært betydningsfullt å ha en god moralsk handlingsevne. Et viktig argument i moralsk sammenheng er at alle tjenesteytere har et personlig moralsk ansvar. Det betyr at tjenesteyterne har plikt til å gjøre det de mener er riktig i en enkelt situasjon (Helsekompetanse 2015). Det å ha evnen til etisk refleksjon omhandler også om den enkeltes syn og respekt for tjenestemottakernes selvbestemmelse, frihet, livsverdier og vurdere hva som er rett eller galt. Det som påvirker evnen til refleksjon vil i stor grad omhandle om den enkeltes kunnskap, erfaringer, holdninger og verdier (Linde og Nordlund 2006). Kommunikasjon kan også spille en vesentlig rolle for hvordan tjenesteyternes verdier kommer til uttrykk. Dersom de klarer å formidle verdier som tillit, trygghet og åpenhet, kan det være med på å styrke selvfølelsen, mestringen, læringen og utviklingen til den enkelte tjenestemottaker (Røkenes og Hanssen 2006).

## **4.7 Lovverk**

Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er selvbestemmelse for mennesker med utviklingshemming en rettighet. Det skal derfor legges stor vekt på fremme tjenestemottakeres meninger og utformingen av tjenestetilbudet. Dette skal så langt som mulig skje i overensstemmelse med tjenestemottakerens selvbestemmelsesrett. Det betyr at ingen tjenestemottakere skal behandles på en nedvergende eller krenkende måte. Tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har også krav på å få utarbeidet en individuell plan, som er i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgssorgsektoren og spesialisthelsetjenesten. Ut ifra Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal alle også ha lik tilgang på tjenester med god kvalitet. Loven skal være med på

å fremme tillitsforholdet med tjenestemottaker og helse- og omsorgstjenesten, og fremme sosial trygghet, menneskeverd og respekt for den andres liv.

## **4.8 Makt**

I løpet av de seneste årene har det blitt mye diskutert om makt og sosial kontroll i forhold til tjenesteyterne i helse- og sosialtjenester (Brodtkorb et al. 2001). Selve begrepet makt er avledet fra det latinske begrepet «*potere*», som innebærer å være kapabel i betydningen dyktig, kraftig eller sterk. Begrepet kan også knyttes til en myndig person. Konkret betyr makt å ha kapasitet til å handle, og ha styrke og påvirkning til å gjennomføre noe. Det å ha makt vil også innebære å ha evnen til å forandre holdninger og atferd hos andre. Dette kan være enten enkeltmennesker eller grupper. Makt kan også benyttes ved at en tar makt fra og over andre, som vil si at en innehar en posisjon hvor en utøver en type overmakt. Dette kan enten være skjult eller åpen makt. Det å inneha makt kan også benyttes for å hjelpe andre til å bli myndige, som vil si å gi fra seg makt eller dele makt med andre (Vatne 2006).

Tjenesteyterne er gjennom lov og regelverk og gjennom sin kompetanse tildelt en maktposisjon som ansatt og profesjonsutøver av ressurser som tjenestemottakerne er avhengig av. Tjenestemottakerne har likevel mulighet for å utøve motmakt gjennom å kreve sine rettigheter i henhold til lovverket og foreta sanksjoner i en bestemt samhandling (Selboe et al. 2005).

### **4.8.1 Avmakt**

Brodtkorb et al. (2001) viser til Mathiesen (1982) at avmakt vil si i å være i en situasjon hvor den enkelte ikke ser noen utvei, midler eller muligheter til å endre sin situasjon eller til å motsette seg andres viljeutøvelse ovenfor seg selv. Sterkest er avmakten når den enkelte er i en avhengighetssituasjon, og dermed blir overlatt til den mektiges avgjørelser (Brodtkorb et al. 2001). I helse- og sosialsektoren har ofte tjenestemottakerne en svakere maktposisjon fordi tjenestemottakerrollen er underordnet tjenesteyterne. Det betyr i noen tilfeller at tjenesteyterne kan legge premissene for hva som skal skje. Har et menneske en utviklingshemming, vil ofte avmakten forstekes. En betydningsfull side ved avmakten er at

den avmektige ikke har mulighet til å komme ut av situasjoner som oppleves ubehagelige eller krenkende (Brodtkorb et al. 2001).

Det å ha makt innebærer også en frihet til å velge selv eller kontrollere hvilke situasjoner en vil være i. Avmakten kjennetegnes derimot ved at en ikke kan gå selv om en ønsker å komme bort fra den krenkende situasjonen. Dette kan skyldes at tjenestemottakeren ikke har ressurser til å ta vare på seg selv alene, og dermed er avhengig av hjelp fra andre. Det kan også skyldes i at samfunnet eller helse- og sosialtjenesten kan begrense handlingsmulighetene (Brodtkorb et al. 2001).

#### **4.8.2 Makt og relasjon**

I møte med tjenestemottakere kan en benytte makt for å gi et respektfullt og omsorgsfullt møte med tjenesteapparatet. Maktdimensjonen som praktiseres i en omsorgsrelasjon kan også være en barriere for en felles kommunikasjon og forståelse. Skulle dette oppstå, betyr det at omsorgen ikke er basert på dialog og selvavgrensing (Vatne 2006). I et maktperspektiv forårsaker det også en rekke spenninger som alle kan sies å ha sitt utgangspunkt i utviklingshemmedes avhengighet av omsorg for andre. Et sentralt spenningsfelt omhandler forholdet mellom den enkeltes tjenestemottakers selvbestemmelse og tjenestemottakerens inngrep. Et kjernepunkt i alle omsorgsforhold er å balansere rett mellom å gripe inn ovenfor for tjenestemottakeren, og å ivareta hensynet til vedkommendes selvbestemmelse og integritet på den andre siden. Et menneske kan på den ene siden være avhengig av bistand fra sine omgivelser, samtidig som at vedkommende skal være et aktivt selvbestemmende subjekt i eget liv (Christensen og Nilsen 2006).

I en omsorgsrelasjon kan også tjenesteyterne ha makt til å definere hva som er tjenestemottakernes beste, uten at en har utforsket omsorgsbehovet sammen med tjenestemottakeren. Dette kan avvike sterkt fra tjenestemottakerens oppfatning om hva som er utfordringen og hva som eventuelt kan hjelpe. Tjenesteyterne bør derfor kommunisere på en medmenneskelig måte, vise respekt og formidle et ønske om å hjelpe å forstå tjenestemottakerne i en omsorgsrelasjon (Vatne 2006).

## 4.9 Paternalisme og unnfallenhet

Sentralt for dagens tjenesteytere er å unngå formynderi og unnfallenhet i tjenesteytingen for mennesker med utviklingshemming. På den ene siden har tjenesteyterne å gjøre med voksne mennesker som i utgangspunktet har de samme rettighetene som andre borgere til selvbestemmelse og integritetsbeskyttelse, mens på den andre siden er mange utviklingshemmede avhengig av omsorg fra andre. Kognitive begrensinger kan samtidig gjøre det utfordrende for tjenestemottakerne å utøve noen omfattende form for selvbestemmelse, noe som kan gjøre formynderibegrepet noe unyansert (Christiansen og Nilssen 2006).

Christiansen og Nilssen (2006) viser til Martinsen (1992) at tillit er en grunnverdi innen omsorg, og at tillit og omsorg har med engasjement og innlevelse å gjøre. Likevel kan tillit og omsorg lett vippe over i sine motsetninger, til likegyldighet. Det kan enten være i form av unnlatelsessynder eller formynderi. Unnlatelse og formynderi i et slikt perspektiv blir først og fremst forstått som et avvik fra en betydningsfull innlevelse og engasjement, som vil si å gi et uttrykk for likegyldighet. Videre henviser Christiansen og Nilssen (2006) til Martinsen (1992) at grunnlaget for eksemplariske handlinger finnes i den faglige skjønnsutøvelsen. I praksis må det finnes en løsning på avviket. Tjenesteyterens etiske og faglige skjønnsutøvelse har derfor en viktig betydning for omsorgens kvalitet. Skulle autoritetsstrukturen være bygd på en svak paternalisme, forutsetter dette at den enkelte tjenesteyteren vet bedre enn tjenestemottakeren, men likevel bare ut fra et engasjement og en sensitivitet om å fremme tjenestemottakeren i størst mulig grad. Interessen og sensitiviteten for den andres velbehag krever derfor skjønnsmessige vurderinger, noe som er med på å hindre en paternalistisk maktutøvelse. I denne sammenhengen spiller erfaringskunnskapen en betydningsfull rolle. Dette perspektivet fremhever noe svært viktig. Årsaken er at kvaliteten på den omsorgen som foregår mellom tjenestemottakerne og tjenesteyterne vil i stor grad være bundet av den etiske kvaliteten på de vurderingene som blir tatt i omsorgssituasjonen. I perspektivet til Martinsen (1992) blir dette en betydningsfull forutsetning for at tjenesteytingen ikke ender som likegyldig, og dermed i unnfallenhet eller formynderi. Blir det fokusert på et slikt ensidig perspektiv, blir det dermed svært utfordrende å trekke noe skille mellom formynderi og svak paternalisme. En svak paternalisme bygger her på en forutsetning om at tjenesteyterne generelt vet bedre enn tjenestemottakerne om hva som kan være best for den enkelte. Dette åpner for en

praksis som kan bli svært sårbar for individuelle holdninger og faglig arroganse. På en annen måte kan en si at det ikke finnes noen annen appellinstans enn tjenesteyterens faglige-etiske sensitivitet når tillitten ikke lenger er til stede. Det kan derfor i slike tilfeller bli utfordrende å opprettholde noe meningsfullt begrepsmessig mellom svak paternalisme og formynderi, ettersom hva som presiseres utelukkende av tjenesteyteren (Christiansen og Nilssen 2006).

Ifølge Christiansen og Nilssen (2006) er et viktig tegn når en skal skille mellom formynderi og svak paternalisme, er den enkelte tjenestemottakers mentale eller kognitive kapasitet til å ta sine egne valg. Et viktig prinsipp for at den enkelte kan utøve selvbestemmelse er at personen har en viss evne til kritisk refleksjon som gjør det mulig å foreta frivillige valg. Blir det tatt inngrep i selvbestemmelsesretten til mennesker som ikke er i stand av å ta sine egne valg, kan det kalles svak paternalisme. Går vi over til sterk paternalisme, vil det være basert på at tjenesteyteren hindrer en person som har mulighet til å ta egne valg. Unnfallenhet og formynderi kan i dette idealtypiske bildet bli sett på som et avvik fra den balanserte «omsorgslinjen» mellom selvbestemmelse og inngrep, som når det gjelder å ivareta respekten for den enkeltes selvbestemmelsesrett går mellom svak paternalisme og reel selvbestemmelse (Christiansen og Nilssen 2006).

Svak paternalisme kan være produktiv ved at den kan ta sikte på å øke den enkelte tjenestemottaker evne til å fatte selvstendige valg, som for eksempel gjennom pedagogiske tiltak eller ulike former for behandling. Samtidig er det betydningsfullt å fremheve at det er svært sjelden at en kan se helt bort fra den enkeltes evne til å formidle ønsker og behov. Prinsipielt må selvbestemmelsen betraktes å være viktig, uansett hvor begrensende forutsetninger den enkelte tjenestemottaker skulle ha. Imidlertid er jo hovedpoenget at jo mindre kompetanse den enkelte har mulig å ta egne beslutninger, jo større utfordringer er det for tjenesteyteren å skape verdighet i interaksjonen, ettersom det da kan være lett å overføre denne reduserte evnen kompetansen til andre, herunder tjenesteyteren. Men jo større kompetanse en tjenestemottaker har til å ta egne valg, desto mindre legitimt er det for tjenesteyteren å gripe inn i selvbestemmelsen (Christiansen og Nilssen 2006).

Det å ha for høye mål knyttet til mestringsevne kan gi omsorgsrelasjonen preg av formynderi. For mennesker med nedsatt kognitiv eller kommunikativ kompetanse vil manglende kommunikasjon og en felles mening ofte føre til at maktutøvelsen står i

konstant fare, og ende opp i sterk paternalisme. Likevel finnes det ingen nøyaktige svar på hvordan en skal håndtere selvbestemmelsen og de dilemmaene tjenesteyterne kan komme opp i. Det som kan slås fast, er at noen handlinger fører til frihetsstyrkende omsorg, mens andre fører til overgrep som kan berøve den andre parten for en grad av frihet (Christiansen og Nilssen 2006).

#### **4.10 Hvem skal bestemme?**

Bjørnerå et al. (2008) viser til Ekland (2000) at det kan oppstå uenigheter i relasjonen mellom tjenesteyteren og tjenestemottakeren om hva som kan være best for den enkelte som tar imot bistand. Det store spørsmålet er om hvem som skal bestemme. Hvem sin makt skal vinne – tjenesteyterens kunnskap og kompetanse, eller tjenestemottakerens rett til selvbestemmelse? Kan det være akseptabelt å handle mot en tjenestemottakerens umiddelbare ønsker? Bjørnerå et al. (2008) henviser til Ekland (2000) at det kan inntreffe situasjoner der tjenesteyter handler mot tjenestemottakerens umiddelbare ønsker, siden noen ganger kan tjenesteyteren vite rent objektivt hva som er til tjenestemottakerens beste og handler deretter. Skal tjenesteyterne lykkes når de faktisk trosser tjenestemottakerens ønsker og behov, er tjenesteyterne imidlertid avhengig av tjenestemottakerens tillitt. Likevel er ikke tillitt noe en kan avgjøre, men gjennom det å vise respekt for et annet medmenneske (Bjørnerå et al. 2008). For å oppnå denne typen makt må en først og fremst vise respekt til tjenestemottakeren. Handler en på bakgrunn av respekt, er det ingen fastsatte regler som er utslagsgivende for hvilke tiltak eller tankemåter som skal påvirke relasjonen mellom tjenestemottakeren eller tjenesteyter (Bjørnerå et al. 2008).

Ifølge Bjørnerå et al. (2008) kan det være lett for tjenesteyterne å ha en forforståelse at mennesker med utviklingshemming ikke har interesse eller ønske om å ta egne valg, og at den kognitive funksjonshemmingen kan ha fratatt tjenestemottakerne lysten til å påvirke sitt eget liv. I realiteten er det ofte ikke slik. Bjørnerå et al. (2008) referer til Selboe (1991) at mennesker med utviklingshemming hyppig blir vurdert retten til å ta egne valg som det mest betydningsfulle. Det å ta egne valg er av så stor betydning at det i mange tilfeller kan begrense tristhet, desperasjoner, utagering og sykdom (Bjørnerå et al. 2008).

Bjørnerå et al. (2008) skriver at respekten for andres integritet og autonomi må være sentral i omsorgen for alle mennesker som er avhengig av andre. Likevel er det ikke



godhjertet omsorg å etterkomme alle ønsker ukritisk. Tjenesteyterne skal derfor ikke være likegyldig med tanke på konsekvensene av forskjellige ønsker. Det kan i midlertidig være svært utfordrende, og det bør muligens også være det, å vurdere når en skal motsette seg tjenestemottakerens ønske med den begrunnelsen at det er til det beste for den enkelte. Tjenesteyterne må derfor leve med utfordringene mellom hva tjenesteyteren selv ønsker, men også hva de profesjonelle tjenesteyterne mener er til det beste for tjenestemottakeren i ulike sammenhenger. Et viktig prinsipp som kommet frem, er at alle tjenestemottakere som er avhengig av å få hjelp, skal også ha muligheten til å ta dårlige avgjørelser (Bjørnå et al. 2008).

Ellingsen (2007) skriver at ikke alle mennesker med utviklingshemming kan bestemme alt selv, enten det dreier seg om hvordan det faktisk er eller hvordan det muligens burde være. *«Det finnes personer med utviklingshemming, som i likhet med befolkningen for øvrig, ofte ikke bestemmer selv fordi de ikke vil, ikke kan eller ikke får lov»* (Ellingsen 2007:168). Spørsmålet om at mennesker med utviklingshemming har rett til selvbestemmelse, bygger særlig på innvendinger hvor vekten legges på intellektuelle og forstandsmessige evner. En kan derfor si at det finnes en nedre grense et sted for hva en må kunne vite for å bli tilkjent retten for å ta egne beslutninger (Ellingsen 2007).

#### **4.11 Generelle utfordringer i forhold til selvbestemmelse**

Tjenesteytere som yter profesjonell bistand til tjenestemottakere kan ofte få utfordringer i det å tilrettelegge for selvbestemmelse når tjenestemottakerne selv ikke har lært det å ta egne valg. Det hjelper lite for tjenesteyterne å stille spørsmål om hva den enkelte eksempelvis vil gjøre på fritiden, dersom tjenestemottakeren ikke ser eller forstår alternativene. I ytterste konsekvens kan selvbestemmelsen for disse tjenestemottakerne føre til fullstendig passivitet, siden den enkelte ikke ser, forstår eller har ideer om alternativet til å sitte passiv (Ellingsen 2007).

I dag stilles det ofte strenge rammekrav i forhold til økonomi i kommunene. Det kan bety at det kan bli lav bemanning av tjenesteytere. Mye av årsaken er at det stilles høye krav til produksjon av tjenester, og at tidsfaktoren ofte blir målt i penger. Som en konsekvens av dette, kan det føre til at tjenesteyterne får en opplevelse at de ikke har god nok tid til å yte tjenester på en slik måte at krav til selvbestemmelse blir ivaretatt (Ellingsen 2007).

Det å vurdere den enkeltes beboeres funksjonsnivå blir i dag ofte sett på som en utfordring for de som skal yte bistand til tjenestemottakere. Spesielt er det en utfordring å opprettholde selvbestemmelsen i arbeid med tjenestemottakere som liten grad har evne til å fatte eller å formidle sine egne beslutninger. Mestrer ikke tjenestemottakerne å formidle sine egne behov eller beslutninger, kan det være problematisk for tjenesteyterne å vurdere når de faktisk gjør en tilfredsstillende jobb. Det kan også være en utfordring for tjenesteyterne å danne et felles symbolmålspråk om tjenestemottakerne har store problemer med å kommunisere sine preferanser (Christiansen og Nilssen 2006).

Christiansen og Nilssen (2006) viser til Mørch (1994) at mange mennesker med utviklingshemming med stor mental kompetanse til å ta egne valg, vil trolig være de som er mest sårbare i den fremtidige tjenesteytingen, tatt i betraktning i den enkeltes medborgers rett til å velge velferdsnivå. En slik balansegang kan forstås som en grunnleggende utfordring for tjenesteytere, og kommer til uttrykk i mange ulike situasjoner i tjenesteytingen. Det finnes også mange tjenestemottakere som har et bevisst forhold til egen selvstendighet, som kan føre til at de kan velge å fremheve sin «normalitet» ovenfor andre. Mennesker med relevant høy kognitiv fungering kan derfor fornekte sin utviklingshemming, som en årsak at det kan såre ens egen selvfølelse. Dette kan være en strategi som kan være utfordrende for tjenesteyterne å vite hvor mye den enkelte tjenestemottaker faktisk forstår i konkrete situasjoner (Christiansen og Nilssen 2006).

Innenfor flere høringsinstanser har det kommet frem at det er mange mennesker med lett utviklingshemming som har en livsførsel som er mindre heldig for dem selv, og som ikke har forutsetninger for å forstå konsekvensene av deres valg. Selvbestemmelse kan i enkelte tilfeller også føre til avvisning av nødvendig bistand fra tjenesteyterne, økt sårbarhet og overgrep og utnytting. Det kan også føre til stigmatisering og diskriminering på grunn av både hygieniske og atferdsmessige forhold. I forbindelse med utforming og mottak av offentlige tjenester, må alltid den enkeltes rett til å medvirke ved utformingen av tjenesteytingen ses i sammenheng med at tjenesteyterne har en plikt til å anvende offentlige ressurser på en måte som er hensiktsmessig og forsvarlig tjenesteyting (Barne, - likestillings- og inkluderingsdepartementet 2013).

## 5.0 Drøfting og funn

I denne delen av oppgaven skal jeg ta utgangspunkt i de teoretiske funnene mine, og drøfte dette opp imot problemstillingen. Det betyr at jeg vil trekke inn teori fra teorikapittelet, og relatere dette med mine egne refleksjoner for å svare på problemstillingen: *«Hvilke utfordringer står tjenesteyterne ovenfor i forbindelse med selvbestemmelse for mennesker med utviklingshemming?»*

### 5.1 Kan alle mennesker med utviklingshemming bestemme alt selv?

Bjørnerå et al. (2008) skriver at ved selvbestemmelse vil den enkelte ta egne valg på egenhånd, uten innblanding eller påvirkning fra andre. Ellingsen (2007) kommer med et spørsmål. Er det virkelig slik at alle mennesker med utviklingshemming kan bestemme alt selv? Ellingsen (2007) mener dette kan være vanskelig, siden alle mennesker med utviklingshemming ikke kan bestemme alt selv. Bakgrunnen er ifølge Christiansen og Nilssen (2006) at kognitive begrensninger kan gjøre det vanskelig for tjenestemottakerne å utøve bestemte former for selvbestemmelse. Det betyr at det kan bli utfordrende for tjenestemottakere å opprettholde selvbestemmelsen i arbeid med tjenestemottakere som i liten grad har evne til å fatte eller formidle egne beslutninger (Christiansen og Nilssen 2006).

Er det slik at tjenestemottakerne ikke vil bestemme selv? Bjørnerå et al. (2008) påpeker at det kan være lett for en tjenesteyter å ha en forforståelse at mennesker med utviklingshemming ikke har interesse eller ønske om å ta å sine valg, og at den kognitive funksjonshemmingen kan ha fratatt tjenestemottakerne lysten til å påvirke sitt eget liv. I virkeligheten er det ikke slik ifølge Bjørnerå et al. (2008). Tjenesteyterne bør derfor ut ifra mitt perspektiv etter beste evne prøve å tilrettelegge og opprettholde den enkeltes selvbestemmelse, selv om den enkelte skulle ha utfordringer i å tale sin egen sak. Det finnes ikke spesifikt svar på hvordan en skal håndtere dette, men det kan tenkes at tjenesteyterne alltid bør vurdere den enkelte tjenestemottakers kognitive evner. Christiansen og Nilssen (2006) skriver at det er viktig å fremheve at det svært sjelden at tjenesteyterne kan se helt bort i fra den enkelte tjenestemottakers evne til å formidle ønsker og behov. Derfor må selvbestemmelsen betraktes å være betydningsfull, uansett hvor

begrensende forutsetninger den enkelte tjenestemottaker eventuelt skulle ha (Christiansen og Nilssen 2006).

På den ene siden er det å bestemme over sitt eget liv et grunnleggende menneskelig prinsipp (Selboe et al. 2005). På den andre siden må graden av selvbestemmelse ses i forbindelse med alder, modenhet og hva det gjelder (Nordlund et al. 2015). For å illustrere dette, vil jeg komme med et eksempel. En tjenestemottaker med moderat utviklingshemming og et begrenset språk er allergisk mot nøtter, men gir et sterkt ønske om å kjøpe dette hver gang han og tjenesteyterne er ute og handler. Tjenestemottakeren kan finne på å rote til i butikken og utagere mot tjenesteyterne om han ikke får kjøpe nøtter. Hva skal tjenesteyterne gjøre i et slikt dilemma? Skal tjenesteyterne la tjenestemottakeren få kjøpe nøtter og bli syk? Kan en mulighet være å overtale tjenestemottakeren til å la vær å kjøpe nøtter og kjøpe noe annet? Likevel kan ikke tjenesteyterne nekte han å kjøpe nøtter om de ikke har vedtak på det, men ut ifra mitt perspektiv kan ikke tjenesteyterne være likegyldig når nøttene kan gå utover tjenestemottakerens helse. Bjørnå et al. (2008) viser til Selboe (1991) som skriver at tjenesteyterne skal ikke være likegyldig med tanke på konsekvensene av de valgene den enkelte tar. Det kan imidlertid være utfordrende, og det bør muligens være det, å vurdere når en skal motsette seg tjenestemottakerens ønske med den begrunnelsen at det er til det beste for den enkelte (Bjørnerå et al. 2008). Respekten for tjenestemottakerens selvbestemmelsesrett vil likevel ikke omhandle om å overkjøre den enkelte (Lingås 2005).

Hva med tjenestemottakerne som ikke har lært seg å ta egne valg? Ellingsen (2007) lurer på hvilke forutsetninger de har for å ta sine egne valg. Han skriver at tjenesteytere som yter bistand kan få en spesiell utfordring i det å tilrettelegge for selvbestemmelse når tjenestemottakerne ikke har lært å ta sine egne valg. Det betyr at det hjelper lite for tjenesteyterne å stille spørsmål hva tjenestemottakerne vil gjøre på fritiden, dersom de ikke ser eller forstår alternativene (Ellingsen 2007). Et eksempel som kan illustrere denne problematikken kan være en mann på 22 år med moderat utviklingshemming og diagnosen Down syndrom. Han har nettopp flyttet fra foreldrene til et bofellesskap. Gjennom hele livet har tjenestemottakeren vært vant at foreldrene har tatt valgene for han, noe som har forårsaket at han ikke har fått tilstrekkelige ferdigheter i å ta egne valg. For å konkretisere dette nærmere, spurte en tjenesteyter en dag om hvilke klær han ville ha på seg. Dette hadde han store utfordringer med å uttrykke. Det å ikke ha ferdigheter i å ta slike

hverdagsvalg kan derfor gjøre det utfordrende for tjenesteyterne å opprettholde hans selvbestemmelse.

Kan ikke det å ta egne valg læres? Selboe et al. (2005) skriver at selvbestemmelse kan læres, og at det er viktig at tjenesteyterne støtter tjenestemottakerne når de forsøker seg på å utøve selvbestemmelse. Slik jeg ser det er det viktig at tjenesteyterne så langt det er mulig tilrettelegger for læring av selvbestemmelse, noe også forskning har presisert. Garrels (2013) viser til Wehmeyer et al. (2011) at opplæring i selvbestemmelsesferdigheter kan føre til økt grad av selvbestemmelse. Selv om noen ikke har forutsetninger for å ta store avgjørende valg i livet, tror jeg likevel at små valg kan være like viktig for tjenestemottakerens selvbestemmelse og mestringsfølelse. For å konkretisere, vil jeg trekke inn et eksempel som omhandler en tjenestemottaker med moderat utviklingshemming, begrenset språk og redusert forståelsesevne for å ta egne valg. Til tross for disse utfordringene har tjenesteyterne lagt til rette for at tjenestemottakeren skal ha mulighet til å ta egne valg ved hjelp av alternativ supplerende kommunikasjon. Tjenesteyterne har derfor lært opp tjenestemottakeren til å ta egne valg ved hjelp av et nettbrett, der tjenestemottakeren eksempelvis kan velge hva en vil ha til middag og hva han vil gjøre på fritiden.

## **5.2 Maktposisjon – en utfordring for å ivareta selvbestemmelsen?**

Selboe et al. (2005) skriver at på den ene siden er tjenesteyterne gjennom sin kompetanse tildelt en maktposisjon som ansatt av ressurser som tjenestemottakere er avhengig av. På den andre siden skriver Christiansen og Nilssen (2006) at tjenestemottakerne skal være et aktivt selvbestemmende subjekt i eget liv. Dette kan raskt bli en utfordring for tjenesteyterne. For å illustrere denne problematikken, vil jeg trekke frem et eksempel. En tjenestemottaker med moderat utviklingshemming vil kjøpe seg en Iphone, men har liten forståelse at dette koster mye penger og at han ikke har økonomi til dette. Hva skal tjenesteyteren gjøre i et slikt dilemma? Det finnes ikke noe konkret svar på hvordan tjenesteyteren skal løse denne problematikken. Likevel tenker jeg at tjenesteyteren kan fortelle tjenestemottakeren at han må spare penger, men akkurat nå er det liten mulighet for at han kan kjøpe seg en telefon til mange tusen. Tjenesteyterne bør likevel i slike utfordrende situasjoner kommunisere på en medmenneskelig måte, vise respekt og formidle et ønske om å hjelpe og forstå tjenestemottakeren (Vatne 2006).

Brodtkorb et al. (2001) skriver at i helse- og sosialsektoren har ofte tjenestemottakerne en svakere maktposisjon. Årsaken er ifølge Brodtkorb et al. (2001) at tjenestemottakerne er underordnet tjenesteyterne. Det kan i enkelte tilfeller føre til at tjenesteyterne legger premisser om hva tjenestemottakeren skal gjøre. Samtidig tenker jeg at tjenesteyteren bør ha en etisk bevissthet rundt sin egen makt rundt relasjonen til tjenestemottakerne, og hvilken måte tjenesteyterne kan nyttiggjøre seg denne delingen av makt på en god måte. Ifølge Vatne (2006) kan makt benyttes for å støtte og hjelpe andre til å bli myndige. Det vil si at tjenesteyterne gir fra seg makt eller deler makt med tjenestemottakerne.

Evnen til refleksjon vil i stor grad omhandle tjenesteyterens kunnskap, erfaringer, holdninger og verdier (Linde og Nordlund 2006). Slik jeg ser det bør tjenesteyterne ha en høy etisk bevissthet når det gjelder maktperspektivet i omsorgen for mennesker med utviklingshemming. Dette ser jeg på som viktig, spesielt i spenningsforholdet som kan oppstå i bevisst eller ubevisst i direkte tjenesteyting. Ifølge Christiansen og Nilssen (2006) er et sentralt spenningsfelt forholdet mellom tjenestemottakers selvbestemmelse og tjenestemottakerens inngrep (Christiansen og Nilssen 2006). Dette vil ut ifra mitt syn spesielt gjelde rundt begrepet avmakt. Det at tjenesteyterne er refleksiv i sin samhandling opp imot de valgene som en må ta i løpet av en arbeidsdag, er ut ifra mitt perspektiv betydningsfullt. Både på vegne av, sammen med, valg tjenestemottakerne selv vil ta, vil ofte være avhengig av hjelpen og tjenesteytingen som blir utført.

I valg en står ovenfor kan det også ligge muligheter for en opplevelse av avmakt hos tjenestemottakerne. Denne avmakten kan muligens tjenesteyterne i stor grad unngå. Det vil ut ifra mitt syn kreve at tjenesteyterne har en refleksiv samhandling som er med på å styrke tjenestemottakers makt. Brodtkorb et al. (2001) viser til Mathisen (1992) at avmakten står sterkest når personen er i en avhengighetssituasjon, og dermed blir overlatt til den mektiges avgjørelser. Jeg mener derfor rent yrkesetisk at tjenesteytere bør ha en etisk bevissthet rundt makten de innehar, og at den bør ligge som en latent ryggmargsrefleks. Siden opplevelsen av selvbestemmelse er direkte tilknyttet tjenesteytingen, er også makten tjenesteyterne har og måten den blir utført på tett sammenvevd med tjenestemottakerens opplevelse av reel selvbestemmelse.

Det finnes mange ressurssterke tjenestemottakere, og det kan ofte være utfordrende for tjenesteyterne å vite hvordan en skal opprettholde den enkeltes selvbestemmelse. Bjørnrå et al. (2008) viser til Ekland (2000) at det kan oppstå uenigheter mellom tjenesteyterne og tjenestemottakerne om hva som er best for den enkelte som tar imot hjelp (Bjørnrå et al. 2008). Hva om en høyt fungerende tjenestemottaker vil bruke alle pengene sine på klær, og ikke tenker hvilke konsekvenser som kan oppstå om en ikke betaler husleie? Bjørnrå et al. (2008) skriver at det store spørsmålet er hvem sin makt som skal bestemme. Er det tjenesteyterens kunnskap og kompetanse, eller tjenestemottakerens rett til selvbestemmelse? Kan det kan være akseptabelt å handle mot en tjenestemottakerens umiddelbare ønsker? (Bjørnrå et al. 2008). Bjørnrå et al. (2008) viser til Ekland (2000) som skriver at på den ene siden kan tjenesteyterne noen ganger rent objekt vite hva som er til hjelpemottakerens beste og handler deretter. På den andre siden skriver FN-sambandet (2017): *«Alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter. De er utstyrt med fornuft og samvittighet og bør handle mot hverandre i brorskapets ånd»*. Dette innebærer at tjenesteyterne bør ivareta selvbestemmelsen til tjenestemottakerne, men hvilke konsekvenser kunne det blitt for tjenestemottakeren om en ikke betalte husleie? På sikt kunne dette ført til at tjenestemottakeren ikke hadde et hjem, og som tjenesteyter har en også plikt å sørge for at tjenestemottakeren har et grunnleggende behov som å ha et hjem. Bjørnrå et al. (2008) skriver at tjenesteyterne må leve med utfordringene mellom hva tjenestemottakeren selv ønsker, men også hva de profesjonelle tjenesteyterne mener er til det beste for tjenestemottakeren i ulike sammenhenger.

Det kan tenkes at det kan være positivt at tjenestemottakere med høy kognitiv fungering får være med å bestemme, siden de kan ha stor evne til å vurdere ulike situasjoner og valg. Christiansen og Nilssen (2006) viser til Mørch (1994) som skriver at mange mennesker med utviklingshemming med stor mental kompetanse til å ta egne valg, vil trolig være de som er mest sårbare i den fremtidige tjenesteytingen. En slik balansegang kan forstås som en grunnleggende utfordring for tjenesteyterne (Christiansen og Nilssen 2006). For å konkretisere dette, vil jeg komme med et eksempel fra min yrkeserfaring. Etter fellesmiddagen på basen begynte en tjenestemottaker med høy kognitiv fungering å snakke om han hadde lyst å bestille pizza etter å ha spist to porsjoner med middag. En annen tjenestemottaker med lavere kognitiv fungering synes dette var en god ide, så de bestemte seg for å bestille en stor pizza. Dette ga oss som tjenesteyterne et dilemma. Årsaken var at vi som tjenesteyterne visste at tjenestemottakeren med høy kognitiv fungering hadde dårlig

økonomi, og at han kom til å spandere på kameraten sin. Som tjenesteyterne kunne vi ikke fraråde de til å kjøpe pizza, for det bryter med selvbestemmelsesprinsippet. Det kan likevel ses på som et utfordrende dilemma, siden vi som tjenesteytere visste at kjøp av pizza ville påvirke økonomien hans i enda mer negativ grad.

Christiansen og Nilssen (2006) skriver at mange tjenestemottakere har et bevisst forhold til sin egen selvstendighet, som kan føre til at de kan velge å fremheve sin «normalitet» ovenfor andre. Dette kan være en strategi som kan være utfordrende for tjenesteyterne å vite hvor mye den enkelte tjenestemottaker faktisk forstår i konkrete situasjoner (Christiansen og Nilssen 2006). For å konkretisere denne problematikken, vil jeg trekke inn et eksempel. En tjenestemottaker med gode kommunikasjonsferdigheter har stor evne til å ta egne valg, men enkelte av valgene hans kan være en utfordring for tjenesteyterne. Årsaken er at han stadig velger bort tjenesteyterne, selv om han vedtak på bistand fra klokken 07.00 om morgenen til 22.00 om kvelden. Tjenestemottakeren gir ofte uttrykk at han klarer seg selv, og han sjelden trenger noe bistand. Hva skal en som tjenesteyter gjøre i en slik situasjon? Kan et utgangspunkt være å kartlegge og eventuelt trekke inn habiliteringstjenesten om hvor mye bistand den enkelte tjenestemottaker har behov for? Det finnes ingen entydige svar på det denne utfordringen, men ut ifra mitt perspektiv står tjenestemottakeren fritt til å velge hvor mye bistand en vil ha.

Tjenesteyterne i dette bofellesskapet har reflektert at enkelte av valgene tjenestemottakeren tar, kan verken være helsemessig eller økonomisk til hans fordel. Årsaken er at han ofte kan dra på butikken og handle usunne matvarer, og senere sitte i leiligheten og spise til det er tomt. Dette har endt med at han har fått økonomiske problemer, og at han har lagt på seg 20 kg på under to år. Tjenestemottakeren er klar over at han er kraftig overvektig, og at han har rett til å bestemme selv. Dette er også noe han gjør til et viktig poeng for tjenesteyterne. Han har også vært med fastlegen sin og snakket om helsesituasjonen, der legen kom med råd om han burde tenke på sin fremtidige helse. Årsaken var at legen var bekymret at tjenestemottakeren ville utvikle diabetes på lengre sikt. I helseundersøkelsen kom det likevel frem at alle blodprøver viste fine resultat. Dette er også et argument tjenestemottakeren benytter for å ta de valgene han gjør. Tjenesteyterne er likevel bekymret over de mulige fremtidige helseutfordringene som kan være ugunstig for han på lengre sikt. Årsaken er at tjenesteyterne føler de har en plikt å gi veiledning ut i fra et rent helsemessig perspektiv. Det betyr ikke at tjenesteyterne vil ta fra han de gode opplevelsene



maten gir han, men samtidig har de også en plikt til å tenke på hans fremtidige helse. Har ikke tjenestemottakerne lov til å ta dårlige valg? Bjørnå et al. (2008) skriver at på den ene siden skal alle som er avhengig av hjelp, ha muligheten til å ta dårlige valg. På den andre siden skriver Barne-, og likestillings og inkluderingsdepartementet (2013) at den enkeltes rett til å medvirke ved utformingen av tjenesteytingen må ses i en sammenheng med at tjenesteyterne har en plikt til å anvende offentlige ressurser på en måte som er hensiktmessig og forsvarlig måte. I et slikt dilemma tror jeg det kan være hensiktmessig at tjenesteyterne og tjenestemottakeren inngår en avtale der tjenestemottakeren får komme med sine ønsker, og at de kan møtes på midten. Likevel tenker jeg tjenestemottakeren må ha det siste ordet, og at han når som helst kan avbryte avtalen om han ønsker det.

### **5.3 Tillit og omsorg eller likegyldighet?**

Sentralt i omsorgen for mennesker med utviklingshemming er å unngå formynderi og unnfallenhet. Tjenesteyterne møter voksne mennesker som i utgangspunktet har de samme rettighetene som andre borgere til selvbestemmelse og integritetsbeskyttelse, men på den andre siden har en med mennesker med utviklingshemming som er avhengig av omsorg fra andre (Christiansen og Nilssen 2006). Selv om mange mennesker med utviklingshemming med lavere kognitiv fungering er avhengig av andre, er det ikke alltid tjenestemottakerne vil ta imot tjenesteyterens hjelp. Dette kan skape utfordringer for tjenesteyterne i enkelte sammenhenger.

For å illustrere denne problematikken, vil jeg trekke inn et eksempel. En tjenestemottaker med alvorlig utviklingshemming har en utfordring med sengevæting og vil ofte ikke stå opp om morgenen. Tjenestemottakeren og tjenesteyteren har alltid hatt tillit til hverandre. Likevel kan tjenesteyteren til tider ha store utfordringer med å få tjenestemottakeren til å stå opp, selv om klokken har nærmer seg 13.30 på ettermiddagene. Hva skal tjenesteyterne gjøre i et slikt dilemma? Tjenestemottakeren bestemmer vel selv når han vil stå opp? Bjørnerå et al. (2008) skriver at på den ene siden er selvbestemmelse viktig, siden tjenestemottakeren får ta egne valg på egenhånd, uten innblanding eller påvirkning fra andre. På den andre skriver imidlertid Helsedirektoratet (2015) i ICD-10 at vanligvis vil mennesker med alvorlig utviklingshemming kontinuerlig være avhengig av bistand fra andre.

Kan tjenesteyteren i dette dilemmaet være likegyldig, siden tjenestemottakeren ligger våt i senga halve dagen? Christiansen og Nilssen (2006) viser til Nilssen (1992) at en grunnverdi innen omsorg er tillit, og at tillit og omsorg har med engasjement og innlevelse å gjøre. Tillit og omsorg kan likevel lett vippe over i sine motsetninger, til likegyldighet. Likegyldighet blir først og fremst forstått som et avvik fra en viktig innlevelse og engasjement (Christiansen og Nilssen 2006).

Står tjenestemottakeren fortsatt ikke stå opp, kan det tenkes at tjenesteyteren må reflektere hva som skal til for at tjenestemottakeren skal stå opp. Ifølge Helsekompetanse (2015) skal en ved etisk refleksjon prøve å finne de anstendige handlingsalternativene. Dette gjelder i de store handlingsalternativene, men også i små hverdagssituasjoner hvor det er svært viktig å ha god moralsk handlingsevne. Kan en mulighet være å benytte en dagtavle der tjenestemottakeren vet hva en skal gjøre i løpet av dagen? Dette tror jeg i enkelte tilfeller kan være med å skape en forutsigbar hverdag for tjenestemottakeren, der den enkelte kan få en opplevelse av å ha noe å stå opp til. Skal dette være hensiktsmessig, tenker jeg det er viktig at tjenesteyterne tilrettelegger en dagtavle på et nivå som tjenestemottakeren forstår. Ifølge Christiansen og Nilssen (2006) kan svak paternalisme være produktiv ved at tjenesteyterne kan ta sikte på å øke den enkelte tjenestemottakers evne til å fatte selvstendige valg, som for eksempel gjennom pedagogiske tiltak.

Skulle ikke dagtavlen fungere, tenker jeg at tjenesteyteren må prøve å finne andre alternativer som kan være med på å motivere tjenestemottakeren til å stå opp. Kan en annen mulighet være å benytte et forsterkersystem der tjenestemottakeren samler opp et visst antall klistermerker, og henge det på en tavle og senere få en tur på badeland som belønning? Det finnes mange muligheter. Det viktigste er ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) at mennesker med utviklingshemming ikke blir behandlet på en nedvergende eller krenkende måte.

## **5.4 Kommunens ressurser i tjenesteytingen – en utfordring?**

Ifølge Ellingsen (2007) vil de aller fleste som jobber i helse- og sosialsektoren komme til å stå i utfordrende situasjoner der de griper inn i andre menneskers liv. Dette skjer spesielt når offentlige tjenester skal utføres av profesjonelle tjenesteyterne i tjenestemottakerens private hjem. Hva med kommunens økonomi, kan det være en utfordring for

tjenesteytingen? Ifølge Ellingsen (2007) stilles det i dag strenge rammekrav i forhold til kommunes økonomi. Årsaken er at det stilles høye krav til produksjon av tjenester, og at tidsfaktoren ofte blir målt i penger. Kan det gå utover selvbestemmelsen til tjenestemottakerne? Ellingsen (2007) skriver at ofte vil tjenesteyterne få en opplevelse at de ikke har god nok tid til å yte tjenester på en slik måte at krav til selvbestemmelse blir ivaretatt. Hvorfor skal det være slik, skal ikke tjenestemottakerens meninger tas stilling til? Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) skal det alltid legges stor vekt på tjenestemottakerens meninger og utforming av tjenestetilbudet. Denne loven kan høres oppriktig og flott ut. Likevel kan det tenkes at det kan være en stor utfordring for tjenesteyterne å ivareta den enkeltes selvbestemmelse når en må ta hensyn til flere tjenestemottakere i tjenesteytingen.

For å illustrere denne problematikken, kan det tenkes at en tjenesteyter har ansvar for å yte tjenester til tre tjenestemottakere i et bofellesskap. Alle tjenestemottakerne har motstridende interesser, og er avhengig av å ha jevnlig tilsyn og bistand. En tjenestemottaker gir klare signaler om at han vil spille kortspill, en vil se film, mens en annen vil på bowling. Kan ikke dette fort bli en etisk utfordring for tjenesteyteren? Ifølge Lingås (2005) har tjenesteyterne en forpliktelse å sette seg godt inn i etisk arbeid, og trene seg opp i å forholde seg etiske utfordringer. Som en følge av denne situasjonen, kan det bli utfordrende å opprettholde selvbestemmelsen til hver enkelt siden det er umulig for tjenesteyteren å være på tre steder samtidig. Hva skal tjenesteyteren i så fall gjøre? Dette finnes det ikke et konkret svar på, men tjenesteyteren må ofte i et slikt dilemma velge hvem som skal få velge aktivitet selv om det går utover selvbestemmelsen til de andre tjenestemottakerne.

## 6.0 Avslutning

I dette kapittelet vil jeg kort oppsummere hovedpunktene i drøftingen. Jeg vil først komme med min konklusjon som er med på å svare på problemstillingen, før jeg til slutt vil reflektere over oppgaven og mitt eget arbeid.

### 6.1 Konklusjon

Det finnes ikke noe entydig svar på problemstillingen, siden det er mange ulike hensyn det må tas stilling til. Jeg har allikevel i løpet av oppgaven funnet ut at det kan være utfordrende for tjenesteyterne å tilrettelegge og ivareta selvbestemmelsen til tjenestemottakerne i enkelte sammenhenger. Årsaken kan være at noen tjenestemottakere har kognitive begrensinger, og at de kan ha utfordringer med tale sin egen sak og ta egne valg. Selv om noen skulle ha utfordringer med å uttrykke seg, har jeg konkludert at tjenesteyterne ikke bør se bort fra tjenestemottakerens selvbestemmelse. Bakgrunnen er at selvbestemmelse kan læres, og ved god tilretteleggelse av tjenesteyterne kan det være fullt mulig for tjenestemottakere å ta egne valg uansett hvilke kognitivt nivå den enkelte skulle ha.

Jeg har også funnet ut at alle tjenestemottakere har rett til å ta antatt «dårlige» valg. Det betyr likevel at tjenesteyterne har et ansvar for at tjenesteytingen ikke havner under formynderi. Skulle en som tjenesteyter havne i et utfordrende dilemma, har jeg i tillegg konkludert at tjenesteyterne bør reflektere hva som er god og forsvarlig tjenesteyting i hver enkelt situasjon.

### 6.2 Refleksjon

Arbeidet med denne oppgaven har vært lærerik og utfordrende på samme tid. Det har gått med mange timer og dager ved å komme dit jeg har kommet i dag. Selve oppgaven har gitt meg god kunnskap og lærdom om utviklingshemming og selvbestemmelse. Den har også gitt meg en pekepinn hvor utfordrende det kan være å tilrettelegge for selvbestemmelse i enkelte sammenhenger, men også hvor viktig det er at tjenesteyterne er bevisst på å ivareta tjenestemottakerens selvbestemmelse. Noe av det viktigste jeg har lært gjennom prosessen er hvor viktig det er for tjenesteyterne å ha kunnskap om ulike utfordringer knyttet til

selvbestemmelse, for så å kunne tilrettelegge for selvbestemmelse for tjenestemottakerne. Skulle tjenestemottakerne få en opplevelse av å bestemme selv og være en aktør i sitt eget liv, tror jeg også det kan bidra til å skape identitet, personlig utvikling, økt livskvalitet og god helse for den enkelte.

Ut ifra mitt perspektiv skal alle mennesker få lov til å ta egne valg, uansett hvilke forutsetninger den enkelte tjenestemottaker har. Likevel tenker jeg at i noen tilfeller kan det være nødvendig at tjenesteyterne er med på tilrettelegger for selvbestemmelse, siden noen av tjenestemottakere ikke har like store forutsetninger for å ta egne valg på grunn av sine kognitive vansker. Avslutningsvis ønsker jeg å meddele at selvbestemmelse er mulig for alle, men tjenesteyterens holdninger og kompetanse innen emnet er betydningsfullt for at alle skal få mulig å ta egne valg. Det trenger ikke å være store valg, men små hverdagslige valg tror jeg er like viktige for at tjenestemottakerne skal få en opplevelse av å bestemme selv og føle mestring.

## 7.0 Litteraturliste

Aadland, Einar. 2011. «Og eg ser på deg ...» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Askheim, Ole Petter. 2003. *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Norsk Forlag AS.

Barne-, - og likestillingsdepartementet. 2008. *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*.

[file:///C:/Users/Eier/Downloads/Konvensjon%20om%20rettighetene%20til%20mennesker%20med%20nedsatt%20funksjonsevne%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Eier/Downloads/Konvensjon%20om%20rettighetene%20til%20mennesker%20med%20nedsatt%20funksjonsevne%20(5).pdf) (Lest 20.05.2017).

Barne-, - og likestillings- og inkluderingsdepartementet. 2013. *Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming*. Mld. St. 45 (2012-2013).

<https://www.regjeringen.no/contentassets/41a94b47679f477086d3f537d401d50a/no/pdfs/stm201220130045000dddpdfs.pdf> (Lest 22.05.2017).

Barne-, - og likestillingsdepartementet. 2016. *På lik linje – Åtte løfter for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. NOU: 2016:17.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b0baf226586543ada7c530b4482678b8/no/pdfs/nou201620160017000dddpdfs.pdf> (Lest 22.05.2017).

Barne-, og ungdoms og familiedirektoratet. 2015. *Hva er utviklingshemming?*

[https://www.bufdir.no/Nedsatt\\_funksjonsevne/Hva\\_er\\_nedsatt\\_funksjonsevne/Hva\\_er\\_utviklingshemming/](https://www.bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_utviklingshemming/) (Lest 14.05.2017).

Bjørnrå, Turid, Willy Gundersen og Viktor Sommerbakk (red). 2008. *Utviklingshemming, autonomi og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Brodtkorb, Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa (red). 2001. *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Christensen, Karen og Even Nilssen. 2006. *Omsorg for de annerledes svake. Et overvåket perspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eknes, Jarle. 2016. *Menneskerettigheter og antidiskriminering*.  
<http://www.samordningsradet.no/nyheter2.cfm?pArticleId=48861&pArticleCollectionId=4205> (Lest 14.04.2017).

Eknes, Jarle og Jon A. Løkke (red). 2009. *Utviklingshemming og habilitering. Innspill til habiliteringstjenesten*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ellingsen, Karl Elling (red). 2007. *Selvbestemmelse. Egne og andres valg og verdier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fellesorganisasjonen. 2008. *Om vernepleieryrket*.  
[https://www.fo.no/getfile.php/131955/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/\\_Om%20vernepleieryrket\\_A5.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/131955/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/_Om%20vernepleieryrket_A5.pdf) (Lest 25.04.2017).

FN-sambandet. United Nations Association Of Norway. 2017. *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter> (Lest 17.05.2017).

Garrels, Veerle. 2013. *Utdanningsforskning. Fokus på selvbestemmelse*.  
<https://utdanningsforskning.no/artikler/fokus-pa-selvbestemmelse/> (Lest 19.05.2017).

Helsedirektoratet. 2015. *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015*.  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/743/Icd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer-2015-IS-2277.pdf> (Lest 12.05.2017).

Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. *Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om formål*.  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_9](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_9) (Lest 25.04.2017).

Høium, Kari. 2008. Hjelp og støtte på brukerens premisser utfordrer den profesjonelle hjelperrollen. *I rapport nr. 6 – temanummer om selvbestemmelse*. Red: Luteberget, Laila og Sølvi Linde. Side 26-33. Oslo: Stiftelsen SOR.  
[http://www.samordningsradet.no/sitefiles/4055/Arkiv\\_Rapport/2008/SOR\\_Rapport\\_nr\\_6\\_2008.pdf](http://www.samordningsradet.no/sitefiles/4055/Arkiv_Rapport/2008/SOR_Rapport_nr_6_2008.pdf) (Lest 23.05.2017).

Linde, Sølvi og Inger Nordlund. 2006. *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lingås, Lars Gunnar. 2005. *Over andres dørstokk – Yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Luteberget, Laila. 2010. *Selvbestemmelse. Muligheter og dilemmaer i vernepleierfaglig arbeid*.  
<https://www.fo.no/getfile.php/134768/06%20Profesjonene/Vernepleierne/Vernepleierboka%202010/02%20Vernepleierboka.pdf> (Lest 24.04.2017).

Midstundstad, Anders. 2016. *Aktiv i eget liv. Muligheter på ulike livsarenaer for mennesker med utviklingshemming*. Bergen: Vigomostad & Bjørke AS.

NAKU. 2016. *Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming*.  
<https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemming> (Lest 10.05.2017).

Nordlund, Inger, Anne Thronsen og Sølvi Linde. 2015. *Innføring i vernepleie. Kunnskapsbasert praksis i grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget

Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. *Lov av 2. februar 1999 nr. 63 om formål*.  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven#KAPITTEL_3) (Lest 04.04.2017).



Rammeplan for vernepleierutdanning. 2005. *Fastsatt 1. desember 2005 av Utdannings- og forskningsdepartementet.*

[http://www.uhr.no/documents/rammeplan\\_for\\_vernepleierutdanning\\_05.pdf](http://www.uhr.no/documents/rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf) (Lest 20.04.2017).

Røkenes, Odd Harald og Per- Halvard Hanssen. 2006. *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Selboe, Aud, Leif Bollingmo og Karl Elling Ellingsen (red). 2005. *Selvbestemmelse for tjenesteyterne.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Stiftelsen SOR. 2017. *Mangfold og muligheter.* Etisk refleksjon som verktøy.  
<http://kurs.helsekompetanse.no/utfordrende/16913> (Lest 19.04.2017).

Vatne, Solfrid. 2006. *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.